

## Modalità di pagamento del contributo

### Richiesta modalità di riscossione delle somme che l'Amministrazione Comunale di Villaurbana dovrà erogare per il contributo relativo alla Fibromialgia

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di richiedente dell'Indennità  
regionale per la fibromialgia

### CHIEDE

Che le somme relative al suddetto contributo vengano liquidate con accredito  
sul conto corrente individuato con il seguente codice  
IBAN \_\_\_\_\_  
intestato a \_\_\_\_\_  
con esonero del Comune di Villaurbana da ogni responsabilità al riguardo.  
Allega alla presente fotocopia di un documento di identità.

Dichiaro di essere informato che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 i dati forniti saranno trattati anche con modalità informatiche e telematiche, ed esprime consapevolmente il consenso alla raccolta e trattamento dei dati forniti per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del succitato Regolamento Europeo (RGDP).

Villaurbana, lì \_\_\_\_\_

### FIRMA

\_\_\_\_\_

### **Spazio riservato al pubblico ufficiale addetto alla autenticazione della sottoscrizione**

Comune di Villaurbana

Ufficio Anagrafe

Io sottoscritto Funzionario addetto, attesto che la firma del suindicato beneficiario è stata apposta in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante :

.....  
.....  
.....

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445/2000

Villaurbana, lì \_\_\_\_\_

**Il Pubblico Ufficiale  
( Maria Laura Fulgheri)**